



Formulario de pago de patrocinio

Para acompañar el pago de los patrocinadores y sus solicitantes

Instrucciones

Llene el formulario y envíelo por correo con una solicitud para Healthy Families y un cheque o giro postal. O puede enviar por fax el formulario y su pago después de la afiliación.

Envíelos por correo a: Healthy Families, PO Box 138005, Sacramento, CA 95813-9984.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario llame, a Healthy Families: al **1-866-848-9166** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

Patrocinador y pago:

Nombre:	
Identificación de patrocinador:	
Representante autorizado:	
Teléfono:	
Número de cheque o giro postal (uno por solicitud):	Monto: \$

Entiendo que como patrocinador registrado de Healthy Families puedo patrocinar a todos los niños del hogar que reúnan los requisitos, todos los niños y adultos del hogar que reúnan los requisitos o a todos los adultos con hijos afiliados a Medi-Cal sin costo y sin hijos en el programa.

➔ _____
(Firma del patrocinador)

(Fecha)

Solicitante patrocinado:

Family Member Number (si lo tiene):
Nombre:
Dirección (calle):
Ciudad, Estado, Código postal:

Miembros de su familia en la solicitud de Healthy Families:

Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de Seguro Social (no es obligatorio)

Declaración del solicitante y firma:

Entiendo que mi familia está siendo patrocinada en Healthy Families. El patrocinador pagará por adelantado las cuotas de 12 meses. Mi familia y yo debemos cumplir con todas las reglas y mantenernos en el Healthy Families Program. Se me permitió elegir mis planes de la lista del Manual de Healthy Families.

➔ _____
(Firma del solicitante)

(Fecha)

¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.